

Demande de protéines plasmatiques pour un patient désigné

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'HÔPITAL DEMANDEUR

(Envoyer votre demande initiale ou vos demandes de changement ou de renouvellement ainsi que votre commande de protéines plasmatiques au centre de distribution local de la Société canadienne du sang.)

Délai d'exécution : 2 semaines. Remarque : Ce formulaire doit être utilisé pour les demandes initiales d'Eloctate et d'Alprolix ou pour le renouvellement de contrats existants ou des changements à ceux-ci. Après l'obtention d'un numéro de contrat, vous pouvez envoyer les commandes subséquentes sur le formulaire de commande de produits plasmatiques.

Section I : Renseignements concernant l'hôpital demandeur

Nom de l'hôpital : _____ Date de la demande : _____ AAAA-MM-JJ

Personne-ressource de l'hôpital : _____ Coordonnées (cellulaire, téléavertisseur, etc.) : _____

Adresse d'expédition (si elle est différente de celle du centre hospitalier ou médical responsable de la commande) : _____

Médecin responsable de la commande : _____ Prénom et nom de famille _____ Coordonnées (cellulaire, téléavertisseur, etc.) : _____

Section II : Renseignements sur le patient

Nouveau patient : Changement concernant un patient actuel ou renouvellement :

Année de naissance : _____ AAAA N° du patient : _____

N° du contrat : _____

Motif du changement ou du renouvellement : _____

Section III : Critères

Eloctate

Alprolix

Jusqu'à 100 jours d'exposition

< 18 ans d'âge

Induction de la tolérance immunitaire (ITI)

Autre (fournir une justification ci-dessous)

Autre (fournir une justification ci-dessous)

Lorsque les critères pour l'**Eloctate** ou l'**Alprolix** sont « Autre », une approbation médicale est requise (environ 30 jours).

Justification (Autre) : _____

Date de transition prévue de l'Eloctate ou de l'Alprolix aux nouveaux produits : _____ AAAA-MM-JJ

Section IV : Quantité totale de fioles estimée pour le contrat (consultez le formulaire de commande pour les produits et les formats disponibles)

Format	Format	Format	Format	Format
Quantité	Quantité	Quantité	Quantité	Quantité

Durée en mois : _____

Fréquence du ramassage : Chaque mois Tous les 2 mois Tous les 3 mois Autre (préciser) : _____

Mois du prochain ramassage : _____

Remarque : La durée maximale des contrats est de 12 mois; une demande de renouvellement sera exigée tous les 12 mois.

Section V : Commentaires

BOX 2: CANADIAN BLOOD SERVICES USE ONLY: PHYSICIAN DECISION

(Signature and Name of Canadian Blood Services Physician only required for Category "Other" in Box 1)

Section VI: Product Request

If Medical decision was provided verbally: indicate decision and in comment section record as per Doctor (input doctors name) initial and date. Example: *as per Dr. Jane Doe LA 2018-07-27*

Approved

Denied

Comments: _____

Signature of Physician(s): _____

Review Date: YYYY MM DD

BOX 3: CANADIAN BLOOD SERVICES USE ONLY: COMMENTS AND CONTRACT INFORMATION

Section VII: Comments and Contract Information

Comments: _____

SAP Patient #: _____ SAP Contract #: _____

Entered by: _____ Initials Date: _____ YYYY MM DD